Приложение 1.3

**Информированное добровольное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

**[FIO]**, именуемый в дальнейшем «Пациент», **[ФИО]**, именуемый в дальнейшем «Доверенное лицо пациента», желаю получить платные медицинские услуги в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, при этом мне разъяснено и осознано следующее:

1​ Я (Пациент или Доверенное лицо пациента), получил(а) от работников ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, в рамках программы государственных гарантий, утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2​ Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что аналогичные медицинские услуги могут оказать в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий.

3​ Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и готов(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг Пациенту в соответствии с прейскурантом.

4​ Мне разъяснено, что может быть получен как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

5 Я ознакомлен(а) c Порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России в соответствии с Порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 29.12.2014 №930н.

6 До моего сведения доведено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья

7 Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы.

|  |
| --- |
| Пациент: **[ФИО]** паспорт: серия: \_\_\_\_\_\_\_\_№ **\_\_\_\_\_\_**, выдан \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **[Дата]** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись пациента) (**ФИО**)  Доверенное лицо пациента: **[ФИО]** паспорт: серия: **\_\_\_\_\_\_**№**\_\_\_\_\_\_\_**, выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **[Дата]** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись заказчика) (**ФИО**) |